

medidas, y el 42,90% con la media de las 2 últimas. Se hizo la comparación de porcentajes con el test de la χ^2 , y se encontró significación estadística en PAHA o PAI frente a M3 o M2; ($p < 0,001$).

El incremento de tiempo que supuso la medida en condiciones estándar fue de 8 min.

Conclusiones. La medida correcta de la PA aumenta significativamente el porcentaje de hipertensos controlados de manera adecuada, y es social y sanitariamente eficiente.

F. López Corral^a, J. Sierra Alonso^a,
M.L. Jaén Martínez^a
y C. Suárez Fernández^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Castelló. Área 2. España. ^bServicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Universitario de la Princesa (IMSALUD). Madrid. España.

Banegas JR. El problema del control de la hipertensión en España. *Hipertensión* 2002;19:377-81.

Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultado del estudio Controlpres 98. *Hipertensión* 1998;15:298.

Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 2001. *Hipertensión* 2002;19:20.

Kaplan N. *Hipertensión clínica*. 3.ª ed. Ed. Waverly Hispánica S.A., 1999; p. 23-49.

Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

World Health Organization/International Society of Hipertensión Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999;17:151-83.

Consumo crónico de benzodiacepinas en ancianos

Objetivos. El objetivo del estudio es conocer, el perfil del consumidor crónico de

Palabras clave: Benzodiacepinas. Prevalencia. Ancianos. Depresión. Insomnio.

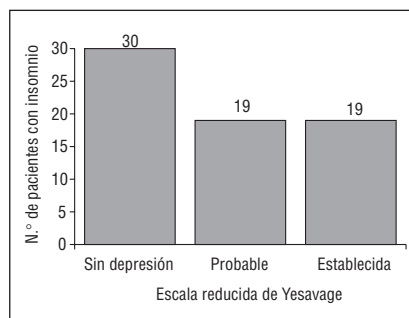


FIGURA 1. Resultado del test de Yesavage reducido aplicada a los pacientes insomnes ($n = 58$).

benzodiacepinas mayor de 65 años con un consumo de más de un año de duración y valorar la adecuación del tratamiento a través de la medición de diversas variables y de la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage.

Diseño. Estudio observacional, transversal.

Material y métodos. Estudio realizado en un centro de salud urbano, en el que los participantes son pacientes ≥ 65 años consumidores de benzodiacepinas durante más de un año ($n = 350$; muestra = 102).

Mediante una entrevista concertada se recogió información sociodemográfica sobre enfermedades médicas, consumo de fármacos, variables relacionadas con las benzodiacepinas recetadas, y se administró la escala de depresión geriátrica reducida de Yesavage.

Resultados. La edad media es de $75,8 \pm 8,4$ años y el 76,5% (67-84,3%) son mujeres. Un 14,7% (8,4-23,1%) tiene estudios medios o superiores. El 63,7% (54,4-73,1%) eran trabajadores no cualificados.

En un 55,9% (45,7-65,7%), el prescriptor inicial es el médico de cabecera. Vive solo el 32,3% (23,3-41,4%) y el 22,5% (14,4-30,7%) no tiene apoyo familiar.

Un 53,9% (43,6-63,8%) tiene ≥ 3 enfermedades crónicas y el 59,8% (49,6-69,4%) toma ≥ 3 fármacos.

El 61,8% (51,6-71,2%) son benzodiacepinas de vida media corta, y el 32,4% (23,4-42,3%), de vida media larga. La benzodiacepina más prescrita es el lorazepam en un 37% (22,7-39,9%). Un 60,4% (50,9-69,9%) consume estos fármacos desde hace 4 años o más. Presentaba puntuación del Yesavage con depresión probable o establecida (≥ 6 puntos) un 50% (40,3-59,7%). Un 64,7% (50,1-77,6%) de los pacientes con Yesavage positivo no recibía

tratamiento antidepresivo. No tenía diagnóstico psiquiátrico registrado en la historia clínica el 63,7% (53,6-73%) de los pacientes.

En los pacientes con insomnio, que constituyen el 66,7% (57,5-75,8%), el test de Yesavage es positivo en el 55,8% (43,3-67,9%; fig. 1). El 78% (64-88,5%) de los pacientes en quienes el insomnio fue el motivo de prescripción de la benzodiacepina seguían con insomnio a pesar del tratamiento.

Discusión y conclusiones. La mitad de los pacientes con consumo crónico de benzodiacepinas tienen una depresión probable o establecida que, en general, no ha sido tratada.

La gran mayoría de los pacientes con insomnio, la mitad de ellos con un test de Yesavage positivo, continúa igual a pesar del tratamiento.

Debemos considerar la prescripción de benzodiacepinas poco adecuada como tratamiento a largo plazo y, especialmente, en este grupo de edad. Hay que considerar los inhibidores de la recaptación de serotonina, sobre todo los sedativos, como la primera alternativa en los pacientes con estos problemas¹⁻⁶.

M. González Solanellas^a, P. Cabrero Sobrino^b, S. Lancho Lancho^a y A. Torres Sánchez^c

^aEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

^bResidente segundo año de MFyC.

^cResidente tercer año de MFyC.

- García Serrano, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27:484-8.
- Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez, Lumberras García C, Molina París S, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000;25:107-10.
- Zitman FG, Couvee JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-of report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry* 2001;178:317-24.
- Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression (Cochrane Review).

Cochrane Database Syst Rev 2001;2: CD001026.

5. Ortiz Valle C, López-Torres Hidalgo J, Santos Rodríguez C, Montoya Fernández J, Maroto de Agustín A, Escobar Rabadán F. Depresión mayor en consumidores de benzodiazepinas. Aten Primaria 1998;22:92-8.
6. Wilson K, Mottram P, Sivananthan A, Nightingale A. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2 2003 (ISSN 1464-780X). File reference: AB000561.

Vasculitis granulomatosa de Wegener: descripción de un caso inusual con diagnóstico de presunción desde una consulta de atención primaria

Introducción. En nuestra práctica habitual como médicos de atención primaria podemos en ocasiones dejarnos llevar por la burocracia y las numerosas afecciones de carácter banal que atendemos. Valga este ejemplo de la presencia de una de las tantas entidades que, si bien son excepcionales, existen y además en este caso logramos sospecharla desde nuestra consulta pudiendo así realizar un abordaje precoz.

Caso clínico. Varón de 32 años que consulta por epistaxis, hematuria y síndrome constitucional.

Antecedentes patológicos: hematuria asintomática aislada en analítica ambulatoria en 1999, estudiada y con pruebas complementarias normales. Rinitis estacional de 3 años de evolución y varios episodios de urticaria valorada en servicio de alergología, con pruebas cutáneas positivas.

En marzo de 2003 inició un cuadro de congestión nasal intensa, anosmia, ageusia. Es diagnosticado de rinitis alérgica y se pautó tratamiento con fármacos anti-H₁, con muy mala evolución, por lo que fue remitido al servicio de alergología que, a su vez, consideró mejor su valoración por el otorrinolaringólogo de zona. Pendiente de ésta, nos comentó la presencia de febrícula vespertina y fiebre episódica, así como malestar general, astenia, hiporexia y pérdida de peso de 4-5

kg en 45 días. Ante un síndrome constitucional evidente, solicitamos estudio analítico urgente, que mostraba: Hb, 10,6; VCM, 84; HCM, 28,6; plaquetas, 858.000; leucocitos, 14.900 (9.320 polimorfonucleares, 1.601 eosinófilos), con trombocitosis confirmada. La VSG era de 112. En la bioquímica se obtuvo una creatinina de 1,4; iones y lípidos normales. La fosfatasa alcalina era de 100, y el GGT de 75. El análisis de orina reveló 10-15 hematíes/campo, 5-10 leucos/campo y proteinuria de 66 mg/dl.

Nuestro paciente, además de su clínica de vías respiratorias altas, presenta hallazgos analíticos compatibles con un proceso inflamatorio crónico y un síndrome nefrítico inicial. Por todo ello, sospechamos la posibilidad de que se tratase de una vasculitis de Wegener y lo derivamos al hospital para valoración y estudio de nuestro diagnóstico de presunción.

Fue ingresado en el servicio de medicina interna, y en la exploración física sólo destacó la presencia de una lesión eritematosa en el antepié derecho. Respecto a las pruebas complementarias, la analítica fue similar a la ambulatoria. El resto de las pruebas, inmunolectroforesis: IgM de 42, complejos inmunes, 5; ANA negativo; ANCAS-C positivo fuerte, antiproteína 3 152; C3 208, C4 32; estudio serológico: VHB, VHC, VIH, neumonía atípica, *Rickettsia*, lúes, *Salmonella* y *Brucella* todas ellas negativas. El test de Mantoux fue negativo; IgG CMV 82; hemocultivos y urocultivos negativos. Citología orina: hematíes de origen extraglomerular. Microalbuminuria, 55,92 mg/dl; proteínas, 130; una orina de 24 h reveló una aclaración de creatinina de 86 ml/min; proteínas de 2,25 g/24 h; 2,26 hematíes; 1,4 cilindros. La radiografía de tórax y del antepié derecho fueron normales. Radiografía de senos: ocupación de ambos senos maxilares y masa de contorno superior convexo en el izquierdo; en la TC de senos paranasales se apreciaba una ocupación parcial de seno esfenoidal, celdillas etmoidales (mayor en lado derecho) y ambos senos maxilares. El servicio de reumatología evaluó como afección periarticular la lesión eritematosa del antepié derecho y el servicio de ORL halló granulomas en ambas fosas

nasales, de predominio en tabique y con obstrucción de fosa nasal izquierda.

Finalmente, se realizaron biopsias de las fosas nasales, y se halló material necrótico inflamatorio con la presencia de células multinucleadas gigantes y de riñón con glomerulonefritis proliferativa extracapilar segmentaria y focal, compatibles ambas con enfermedad de Wegener. La inmunofluorescencia renal fue finalmente negativa.

En conclusión, el diagnóstico definitivo fue granulomatosis de Wegener, con afección sinusal y renal.

Discusión. Se trata de una entidad autoinmune que produce una inflamación de los vasos, preferentemente de las vías respiratorias superiores y los glomérulos renales. A pesar de su baja incidencia (0,4/100.000) y apenas 20 casos publicados en España, debemos, como con otras tantas enfermedades, estar en alerta. El esfuerzo por una formación continuada y un estrecho seguimiento evolutivo de nuestros pacientes nos ayudarán, sin duda, a conseguir este objetivo.

Conclusión. La enfermedad de Wegener es una afección poco habitual, pero no por ello debemos dejar de sospecharla cuando un paciente presenta un hecho tan común como una rinitis o sinusitis que no mejora y que, además, se acompañe de un síndrome constitucional, haciéndonos sospechar que no se trate meramente de un cuadro banal. Nuestro caso, bien es cierto, nos alertó aún más debido a que conocíamos el antecedente analítico de la hematuria asintomática de varios años de evolución, a la que finalmente acompañó una proteinuria. Nuestro interés por el caso ha sido enorme, tanto por su inusual incidencia como por la implicación que muchos especialistas tuvimos en su diagnóstico, resultando clave el papel del médico de familia en una adecuada orientación.

F. Gallo Puelles^a, F.J. Morales Canorea^b, L. Polo García^c y A.J. Martínez Torrano^c

^aMIR de Medicina de Familia. ^bMédico de Familia. Tutor y coordinador docente. Consulta de atención primaria de la Puebla de Soto. Centro de Salud de La Noya. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.